

両面印刷で
出力してください

健康保険 傷病手当金請求書 (第 〇 回)

退職した方はワコール健保加入時の
記号・番号を記入してください

請求書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧に記入ください。

本人 記入欄	被保険者証 記号	9	番号	99999	社員番号	9999999
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 自署 健保 花子	生年月日	昭和 59年 6月 30日 平成		
患者 記入欄	住所	〒 999-9999 〇〇市〇〇区〇〇町12-34	電話番号 (日中の連絡先)	090 (9999) 9999		
	傷病名	自律神経失調症	発病または 負傷年月日	平成 3年 5月 23日 令和		
	発病または 負傷の原因	過労による心身の不調	第三者行為による ものですか (※1)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	療養のため 休んだ期間	令和 3年 6月 2日 から 令和 3年 7月 10日 まで	39 日間	その期間の 報酬について		
	障害年金または 老齢年金を受給 していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病名と 基礎年金番号等 (※2)	年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害 基礎年金番号		
	照会に関する 同意欄	右記に <input checked="" type="checkbox"/> を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、ワコール健康保険組合が医療機関等に対して照会をおこない、回答・提供を受けることに同意します。			
	給付金の受領 について	右記に <input checked="" type="checkbox"/> および 日付を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主に委任します。 (ウナナクール、ランジェノエル所属、資格喪失者は不要です) 令和 3年 8月 20日			
ウナナクール、ランジェノエルに所属されている方、資格喪失者（請求後に退職予定の方も含む）は、請求者名義の振込口座をご記入ください。						
	金融機関	銀行コード	銀行	店番		
	預金種別	普通	支店			

療養のため労務に服することが
できなかった期間とその日数(公休
日を含む)を記入してください

事業所がウナナクール、ランジェノエルの方、請求後退職する方、退職者(任意継続含む)は、
必ず口座を記入してください

(※1) 「はい」の場合はワコール健保組合までご連絡ください。

(※2) 「はい」「請求中」の場合は、年金給付額等がわかる書類「年金証書(写)」 「年金振込通知書(写)」 「年金額改定通知書(写)」等をすべて添付してください。

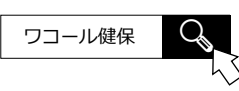
療養を 担当した 医師意見欄	患者氏名	
	傷病名	療養の給付 開始年月日 平成 年 月 日
	発病または 負傷の原因	日
	労務不能と 認められた期間	日
	上記の期間中	
	症状経過か	
	上記のとおり	日
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	☎ 電話番号 ()

療養を担当した医師(主治医等)に
証明を依頼してください

【ご注意ください】
申請期間(療養のため休んだ期間)経過後に
医師の証明をもらってください
未来に向かっての申請はできませんのでご注意ください

※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。

- 傷病手当金請求の詳細は、ワコール健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは? > 病気やけがで仕事を休むときからご確認ください。
- 請求書受付締日と支給日
毎月末日締切(健康保険組合必着)で、翌月25日(休日の場合は前日)に給与口座へ振込みます。
事業所がウナナクール、ランジェノエルの方、退職者等は指定口座に振込みます。



受付日付印

